

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 153

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CROYANCE EN LA RÉALITÉ
DU DÉLIRE

LES VARIATIONS DE SON INTENSITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BEAUJARD

Ancien Externe des Hôpitaux

Interne de l'Asile de Bron

Né le 17 Février 1910, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1934

**Contribution à l'étude
de la croyance en la réalité du délire**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 153

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CROYANCE EN LA RÉALITÉ
DU DÉLIRE

LES VARIATIONS DE SON INTENSITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 28 Juin 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BEAUJARD

Ancien Externe des Hôpitaux

Interne de l'Asile de Bron

Né le 17 Février 1910, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1934

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET
BARRAL, ROLLET, DOYON.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.....	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BÉRARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie externe	POLICARD.
Pathologie interne	HERMANN.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	LERICHE.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie et Pharmacologie.....	ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Cnargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie.....	MM. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale.....	MM. TAVERNIER.
Stomatologie	PONT

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSSEL
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT-
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	RAVAULT
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOI.	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	MALMEJAC

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. LÉPINE, *président*; FAVRE, *assesseur*;

DECHAUME et BERNHEIM



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINE

*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon
Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique*

Nous avons eu le plaisir d'être son
externe et son interne.

En témoignage de profonde gratitude
pour son enseignement si attachant et
son bienveillant accueil.

Nous l'assurons de notre respectueux
attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Médecin des Hôpitaux

Nous gardons un excellent souvenir
de son service et nous espérons garder
intactes les notions de pathologie qu'il
nous a inculquées.

Nous sommes heureux de le compter
dans notre jury et l'assurons de notre
respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DECHAUME

Médecin des Hôpitaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERNHEIM

Médecin des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CORDIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

MONSIEUR LE DOCTEUR GARDÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET

A MES MAÎTRES DANS LES ASILES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

MONSIEUR LE DOCTEUR CONDOMINE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHRISTY



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CROYANCE EN LA RÉALITÉ DU DÉLIRE

Introduction

En psychiatrie, on parle de conviction à propos d'un délire pour indiquer la « croyance en la réalité du délire » que l'on suppose au malade; cette croyance est conçue comme variable, car si l'on admet généralement que les délires s'accompagnent d'une certitude subjective, d'une conviction intense, on emploie cependant les termes de conviction atténuée, faible, de manque de conviction même; cet attribut du délire, la « croyance en la réalité du délire » a donc une importance clinique, une valeur séméiologique.

Ce sont les variations dans l'intensité de la « croyance en la réalité du délire » que nous voulons étudier.

Ce qui caractérise cette étude, c'est qu'elle est à la fois une étude des variations objectives de l'affirmation de l'individu, de son comportement, de sa mimique, et une étude subjective de l'état d'âme du délirant; en effet, il est nécessaire, même au point de vue strictement clinique, de connaître la valeur de l'affirmation du malade, de savoir si elle correspond à une croyance, semblable, assimilable à la nôtre.

Cette étude subjective demande que nous puissions

comprendre, assimiler l'état d'âme du délirant. Normalement, lorsque quelqu'un nous dit qu'il est sûr de telle chose, si nous ne pouvons mettre sa sincérité en doute, si son comportement est adéquat à sa croyance, nous admettons sa certitude comme véritable; un langage commun nous fait admettre un état d'âme commun.

Comprendre l'état d'âme d'un délirant, paraît, a priori, plus difficile; en effet, ce qui nous semble incompréhensible chez un délirant, c'est la conservation d'une croyance intense, malgré l'absurdité ou l'in vraisemblance de ce qu'il prétend. Cependant la certitude subjective de certains délirants n'a jamais été mise en doute; si l'on examine de près les caractères de ces délires, on remarque que ce sont justement les cas où la croyance est présentée par le sujet comme quelque chose qui paraît logique, normal, étant admis par ailleurs les troubles sensoriels, les troubles affectifs, les troubles du jugement de l'individu. Ainsi lorsqu'un interprétant voyant des fleurs rouges dans un bouquet qu'on lui offre en conclut avec certitude qu'on a résolu de répandre son sang, nous ne comprenons pas le trouble du jugement qui fait que de toutes les conclusions possibles il conclut à celle-là avec certitude, mais cependant son mode de croyance nous est compréhensible en ce sens qu'il part d'un fait pour en tirer une conclusion ; mais nous ne comprenons pas du tout le mode de croyance de celui qui dit qu'on va l'assassiner, simplement parce qu'il le sait, sans que cette croyance nécessite pour lui une justification. En somme, on admet les dires du malade, on parle de croyance

compréhensible, assimilable, toutes les fois qu'une croyance se fait dans les cadres de la pensée rationnelle, quels que soient les troubles pathologiques qui la conditionnent.

Cette intrication nécessaire d'une étude objective et d'une étude subjective nous a fait admettre le plan suivant.

Nous étudierons successivement :

— Les croyances à type de certitude, états dans lesquels aucun élément ne nous permet de conclure que la certitude affirmée par l'individu est un état d'âme différent de la certitude normale.

— Les croyances faibles; l'intensité de la croyance étant étudiée d'après ce que le sujet nous dit de sa croyance ou d'après la discussion avec lui de son affirmation.

— Les croyances discutables dans lesquelles le sujet affirme son délire comme une certitude et pour lesquelles les auteurs ont parlé de croyance faible ou atténuée, ou dont l'affirmation ne peut être comprise parce qu'il existe un doute sur la sincérité des malades ou un élément irrationnel dans les termes de la croyance.

Nous ferons suivre cette étude de quelques observations, non pas pour prouver le reste du texte, car on ne peut pas généraliser à propos de quelques cas, mais à titre d'exemples.

Il ne sera pas question dans cette étude des causes de la croyance, qu'il s'agisse de l'origine des croyances, problème de la psychogénèse des délires, qui dépasserait considérablement les limites de notre travail,

ni même des causes qui déterminent tel type clinique de croyance, problème de la séméiologie de la croyance que nous ne voulons pas tenter.

Nous nous sommes référé dans ce travail à deux sortes de sources : d'une part, aux descriptions que l'on a fait des différents délires ; c'est à ces auteurs que nous avons emprunté les matériaux de cette thèse ; d'autre part à des travaux plus généraux sur la psychologie du délirant, notamment à ceux de Janet et de Blondel, et c'est en nous inspirant de leurs remarques et de leurs conclusions que nous avons apprécié la valeur de l'affirmation des délirants.

CHAPITRE PREMIER

Les croyances à type de certitude

Nous étudierons dans ce chapitre les croyances à type de certitude à propos desquelles les auteurs ont toujours admis les affirmations des malades.

L'étude portera sur les caractères et la structure de ces croyances et sur la possibilité de comparer l'état d'âme ressenti par le malade à la certitude d'un être normal.

Les deux types de croyances que nous allons voir : la croyance d'allure logique et la croyance de type onirique se rencontrent dans d'autres délires, mais nous avons pris comme exemples les délires qui nous semblaient les plus représentatifs de ces aspects de la croyance. Ils peuvent se voir également sans qu'il y ait certitude, comme nous le verrons dans l'étude du délire de supposition et du délire onirique fruste; mais c'est sur l'aspect clinique de croyance à type de certitude que porte ce premier chapitre. D'autres types de croyance peuvent également s'accompagner de certitude; mais cela découlera des conclusions du troisième chapitre. Ici nous n'avons en vue que les croyances à type de certitude pouvant être assimilées à la croyance de l'être normal, comprises comme état d'âme.

La certitude d'aspect logique

Comme exemple de conviction d'allure logique, nous choisissons le délire systématisé progressif d'interprétation à la période d'état; la conservation des facultés intellectuelles du sujet, sa propension et son aptitude à raisonner font que le malade, s'il n'est pas réticent, se prête à un interrogatoire serré, permettant une analyse particulièrement fine de cette certitude.

Ce délire a été isolé et décrit en France par Sérieux et Capgras, sous le nom de « Folie Raisonnable » ; c'est à leur travail que nous nous référons principalement.

Le délire d'interprétation est de développement progressif et le malade n'arrive pas d'emblée à la conviction délirante : dans une première période dite d'incubation, « toute une série de faits insignifiants en eux-mêmes, acquièrent aux yeux du sujet une importance capitale, se gravent dans son esprit sans qu'il cherche encore à les expliquer... Il doute, il hésite ».

Après une phase d'inquiétude plus ou moins longue, survient la période d'état : « l'interprétation délirante éclate donc : véritable révélation, l'esprit du sujet l'accueille avec satisfaction, car elle concorde avec son état affectif... elle apporte la clarté de l'évidence, la certitude absolue ». La systématisation apparaît simultanément: tous les faits qui inquiétaient le malade non seulement sont interprétés d'une façon délirante, mais ils sont tous reliés d'une façon cohérente. « Tout s'enchaîne, tout devient clair. » Un système délirant

est né qui s'enrichira progressivement de nouvelles interprétations. Le délire est alors présenté par le malade comme une construction logique reposant sur de nombreux faits qu'il a observés et qui sont réels et de chacun desquels il tire des conclusions qui toutes prouvent son délire. C'est alors qu'en discutant avec le malade, l'on peut voir l'intensité et les caractères de sa croyance. En racontant son délire, il l'expose comme quelque chose de certain, d'évident : il affirme sa conviction. Il tient à la justifier, à montrer qu'elle a des bases logiques : « Il accumule preuve sur preuve, il a pour chaque objection une réponse toujours prête, il sait rétorquer les arguments... L'interprétant déploie dans la défense de ses convictions délirantes toutes les ressources d'une dialectique serrée ». Cette justification n'est pas pour lui quelque chose de secondaire, c'est parce qu'il a raisonné sur les faits, qu'il est arrivé à cette certitude. Lui oppose-t-on l'in vraisemblance de ce qu'il émet, le fait qu'il est seul à le croire, on ne peut lui faire modifier son opinion : il est sûr de son raisonnement. Tout est pour lui logiquement démontré, rationnel. Parfois, il adopte le point de vue de l'interrogateur et reconnaît que chaque fait en lui-même pourrait être interprété autrement, mais il oppose l'ensemble des faits qui tous cadrent ensemble; de même s'il affirme certaines choses, il ajoute que d'autres lui paraissent douteuses; il a le souci de « doser le doute et la certitude ».

Son attitude, sa mimique sont en rapport avec sa croyance : « Essaie-t-on de lui faire toucher du doigt ses erreurs, il a le sourire ironique de quelqu'un dont

la conviction assise sur des faits non contestables est et demeurera inébranlable ». Cet aspect ironique et méprisant pour ceux qui ont l'air de douter de son délire est bien caractéristique.

Le comportement est celui d'un individu convaincu. Il agit conformément à ses croyances et cela malgré tous les inconvénients qui en résultent pour lui. Il peut réagir par la défense : il se barricade chez lui ou change continuellement de domicile pour fuir ses persécuteurs ; il prépare lui-même ses aliments, vérifie soigneusement tout ce qu'on lui apporte pour n'être pas empoisonné : sa vie devient un vrai cauchemar. D'autres fois, il réagit par l'attaque : par voie légale ou par voie directe il s'attaque à ses persécuteurs ; ni la prison, ni l'internement n'arrête ses protestations : il est sûr de son droit et veut le faire triompher. Ces réactions sont conformes aux idées émises ; jamais l'interprétant n'agit sans pouvoir justifier son acte.

Donc, autant que l'on puisse pénétrer l'esprit du malade, il admet son délire avec une conviction absolue, comme une certitude. De plus, c'est une croyance raisonnée, logiquement construite sur des faits observés, — sans doute, peut-on admettre avec Dromard que la croyance est primitive et les raisonnements secondaires, mais subjectivement, dans l'esprit du malade, c'est en raisonnant qu'il est arrivé à la croyance ; d'ailleurs, comme le fait remarquer Capgras dans un article récent, la justification peut être postérieure, c'est alors « l'explication délirante » qui est un raisonnement de justification secondaire expliquant la croyance attachée à un phénomène pathologique : in-

interprétation, hallucination, intuition; mais ce qui importe, c'est que le délirant se voit contraint de justifier sa croyance comme l'être normal; — c'est une croyance, et pour Janet c'est un critère de la croyance réfléchie, qui sait distinguer le réel du demi-réel, le probable du certain; enfin c'est une croyance à laquelle s'attachent un ton affectif et un comportement rigoureusement adéquats.

Janet fait remarquer que l'imperméabilité à l'expérience, à la discussion la diffèrent de la croyance réfléchie; c'est en effet vrai et c'est ce qui caractérise le délire; mais c'est une constatation objective : pour le malade, il n'est pas d'expérience, pas de discussion qu'il craigne.

C'est donc une croyance qui conserve les cadres de la pensée rationnelle; elle est subjectivement ressentie par le sujet comme la croyance réfléchie de l'être normal.

La certitude d'allure logique se présente avec les caractères suivants : affirmation, justification, degrés dans la croyance, état affectif et comportement adéquats. Il n'y a dans sa structure aucun élément qui puisse nous faire douter de l'état de certitude subjective des malades.

La certitude d'aspect onirique

Nous n'avons en vue dans ce chapitre que le délire onirique franc, à sa phase d'état, véritable délire d'action et cela pour opposer la certitude de type onirique à

la certitude d'allure logique des délires d'interprétation.

Le délire onirique isolé et décrit par Régis est un délire de rêve; le malade vit un véritable rêve : il voit, car les hallucinations visuelles prédominent, une scène vivante dans laquelle il est acteur.

Dans les délires oniriques francs, on a l'impression d'une conviction très intense : la mimique, les paroles, les actes sont ceux d'un sujet vivant une réalité intense; ils sont étroitement adaptés à ce que le malade dit voir et éprouver; parfois on ne peut éveiller son attention; le plus souvent, il ne répond qu'aux questions portant sur la scène qu'il vit, montrant les animaux, les personnes qu'il voit autour de lui; on ne peut discuter sa croyance; il ne peut pas comprendre que ce qu'il vit est faux. L'interrogatoire après la guérison n'est malheureusement pas probant, car l'amnésie est habituelle. La sincérité du malade ne peut être mise en doute, car il lui arrive de blesser, de se tuer pour fuir une scène terrifiante. « Le sujet a l'entière conviction ou, pour mieux dire, la sensation même de sa réalité. Rien ne prévaut contre cette conviction, rien ne saurait l'entamer. »

C'est donc une croyance très différente de celle d'allure logique qui apparaît dans l'esprit du malade comme le résultat d'un raisonnement; il s'agit ici d'une croyance immédiate qui ne se discute pas, d'une sensation même de réalité comme dit si justement Régis. C'est la même croyance que celle que nous avons dans le monde extérieur, dans les données de nos sens, parfaitement compréhensible, sans éléments contradic-

toires si l'on admet les troubles sensoriels; elle n'a pas pour le malade à être discutée et prouvée.

C'est ce même type de croyance que nous trouvons dans toutes les hallucinations — il ne s'agit ici que de l'hallucination vraie : la conviction intime de percevoir un objet absent, suivant la définition d'Esquirol, que Claude et Ey ont remis en honneur.

La foi de l'halluciné a été particulièrement étudiée : on s'est demandé si l'halluciné percevait ou croyait percevoir à l'occasion d'une légère impression sensorielle (Quercy); on a pensé qu'un état mental spécial avec abaissement du seuil de la croyance (Claude), diminution du sens critique permettait seul l'hallucination. Et il est vraisemblable que des facteurs de cet ordre soient nécessaires, car certains sujets chez lesquels des troubles organiques font apparaître des néoformations sensorielles critiquent la réalité de leurs visions ou de ce qu'ils entendent. Mais ce n'est pas de ce point de vue que nous envisageons le problème : c'est là l'étude des conditions pour qu'il y ait hallucination, pour qu'il y ait croyance. L'important pour nous est de savoir s'il n'y a aucun élément contradictoire dans cette croyance, s'il y a impossibilité à concevoir qu'un malade croie en ses hallucinations; or, rien ne s'oppose à ce que cette croyance soit assimilée à la nôtre, à ce que l'on fasse crédit à l'affirmation de l'halluciné qui dit voir, entendre, sentir.

Dans la façon dont le malade nous expose le phénomène : croyance liée à une perception, dans la conduite du malade : réponses aux voix, attitude en présence de la vision, aucun élément ne nous autorise à

discuter l'état de croyance de l'halluciné : qu'il croit percevoir ou qu'il perçoive, l'halluciné a foi en sa perception.

La croyance de type onirique est la croyance immédiate, avec état affectif et comportement adéquats, attachée aux troubles sensoriels: hallucinations, illusions.

CHAPITRE II

Les croyances faibles

Dans ce chapitre, nous étudierons à propos de certains délires les types de croyance dans lesquels l'affirmation ou la discussion avec le malade de son affirmation permet de constater le peu d'intensité dans la croyance qu'a le malade en la réalité de son délire.

Il s'agit soit de syndromes que des auteurs ont bien individualisés : le délire de jeu, le délire de rêverie, le délire de supposition, soit d'états intermédiaires, d'états de passage : l'onirisme fruste, le passage de l'obsession au délire.

Ces types de croyance peuvent se rencontrer dans tous les délires, soit au cours du délire, soit, dans les délires qui ne sont pas « d'emblée », à la période d'augment, soit à la période de décroissance, quand la croyance ne disparaît pas brusquement; seulement, ce qui diffère dans la période de décroissance des cas que nous allons prendre comme exemples, c'est, comme l'ont montré Régis dans l'étude de la phase du réveil du délire onirique, Legrain dans celle des folies à éclipses, que la croyance porte sur un délire qui n'est plus en activité, qui est passé; mais l'aspect de la croyance reste le même que le délire soit actif ou non.

Enfin, l'on pourra dans certains de ces syndromes, discuter l'opportunité du terme de délire; son imprécision le permet cependant; mais ce que nous avons voulu montrer, c'est l'existence de croyances faibles en des idées fausses, à la limite du délire.

Le délire de supposition

Le délire de supposition, décrit pour la première fois par Tanzi, sous le terme de « doutes délirants », a été introduit et étudié en France par Sérieux et Capgras dans leur ouvrage sur les « Folies Raisonantes ». Depuis, Capgras a repris ce sujet sous le nom de délire interrogatif, puis sous celui de délire d'interprétation hyposthénique; dans son dernier article, il y joint les délires psychasthéniques d'Arnaud et certaines formes de paranoïa curable décrits par Friedmann, Gaupp et Krestschmer; la psychasthénie délirante sera étudiée ailleurs. C'est du délire de supposition de Tanzi, Sérieux et Capgras et des formes spéciales de paranoïa des auteurs allemands que nous allons parler.

Le type du délire est un délire d'interprétation: il y a un ensemble de jugements erronés portant sur des faits exacts; le contenu du délire est généralement constitué par des idées de persécution « ou plutôt de préjudice », d'auto-accusation parfois; la systématisation en est faible: « si l'on rassemble ces interrogations et ces conjectures diverses, on y distingue le substratum d'un délire coordonné; mais cet essai de systématisation ne se fixe pas ».

Ce qui caractérise ce délire, c'est qu'en dépit de l'abondance des interprétations délirantes, le malade ne veut pas conclure; il s'étonne, se demande ce qui se passe et se contente d'émettre des conjectures, des hypothèses délirantes, des soupçons; il n'ose pas affirmer : « Tout cela vient peut-être de ce qu'on m'en veut, mais rien ne le prouve, ce n'est pas sûr » Parfois le malade adhère à ses hypothèses; « le délire semble prendre corps davantage... les interprétations paraissent décisives, se groupent en un petit système qui satisfait les recherches du patient; puis brusquement tout cela s'effondre ».

Les malades font une certaine critique de leur état : « J'ai évidemment imaginé tout cela... Cela peut-il réellement n'être que de l'imagination ? »

Le langage des malades est caractéristique : « Qu'y a-t-il ? Que se passe-t-il ?... Je n'arrive pas à comprendre... Il doit se passer quelque chose ? » Il en résulte une impression de mystère, d'obscurité, symptôme que Capgras tient pour un des plus originaux de cette psychose; le sentiment d'étrange que ressentent les malades est « simplement le reflet de l'état fondamental de doute, d'hésitation, d'incertitude, de perplexité, de recherches incessantes ».

Cette incertitude n'empêche pas les déductions, les raisonnements symptomatiques des folies raisonnantes, mais ils n'aboutissent pas. Les malades ne réagissent pas, n'étant sûrs de rien; ils se suicident parfois à cause de la souffrance qui résulte de cet état d'incertitude.

Dans ce cas, la croyance est réduite à l'état de doute,

de supposition; les autres éléments du délire : interprétations fausses, ébauche de système, existent; la certitude manque seule.

Le délire de jeu

Sous le nom de « syndrome de jeu, d'activité mentale de jeu », Toulouse et Schiff décrivent, en 1925, une cas de manie délirante; cette notion de délire à allure de jeu est devenue classique depuis. C'est surtout dans la manie qu'on le rencontre et Deron dans son livre sur le Syndrome maniaque le décrit à nouveau; il peut se voir cependant surajouté au cours d'autres délires.

Il s'agit de malades qui prétendent être tel personnage, avoir accompli tel fait, parfois même être victime de persécutions; leurs réactions sont adéquates à leurs affirmations, car ils miment le personnage qu'ils prétendent être : « Les maniaques font l'enfant, le médecin, le grand personnage ».

Ces délires sont mobiles, non systématisés, ne reposent sur aucun fondement réel.

Leur caractère de jeu repose sur la constatation de certains attributs de ce délire : il est euphorique; bien que ces malades agissent comme feraient ceux qu'ils prétendent être, leurs réactions ne leur font pas oublier la réalité, leur personnalité réelle; le pseudo-mégalo-mane accepte volontiers de répondre à l'interrogatoire : « ils restent présents »; mais surtout leur conviction « n'est qu'apparente et bien facile à ébranler » : le

malade accepte la critique de ses idées, il ne se fâche pas si on lui dit que ce qu'il affirme est faux, il « admet sans trop de difficultés leur inanité ». « Il ne croit guère à la personnalité qu'il s'attribue alors même qu'il en joue le rôle; il n'a pas foi en son délire. »

On ne peut dire cependant qu'il s'agisse de mensonge : « ce sont des réactions auxquelles le malade se livre dans un but d'amusement personnel, sans intention délibérée de tromper l'entourage »; d'ailleurs, comme le fait très justement remarquer Deron, les termes de vérité et de mensonge, de réalité et de fiction n'ont pas de sens dans le jeu.

En somme il s'agit d'un syndrome bien individualisé dans lequel le délire n'entraîne qu'une croyance semblable à celle des enfants aux rôles qu'ils s'attribuent en jouant, croyance qui ne résiste pas à la critique, qui n'empêche pas celle en leur vraie personnalité.

Le délire de rêverie

Sous le nom de Rêveries morbides, de Délires de rêverie, Borel et Robin, Heuyer et Borel ont décrit des états dans lesquels les malades occupent toute leur activité mentale à se construire un monde imaginaire, à vivre en pensée une vie irréaliste : ce n'est que l'exagération pathologique des rêveries auxquelles tout être normal se laisse aller aux heures inactives de la journée. Ce phénomène se voit chez les schizophrènes à autisme riche de Minkowski : « L'autisme riche a pour prototype le rêve. Il est caractérisé avant tout par la constitution d'un monde imaginaire. »

L'élément pathologique de ses rêveries est l'absorption de toute activité mentale par le rêve : le sujet demeure inerte, apathique, se refusant à tout travail; lorsqu'on l'interroge, on apprend qu'il se raconte son rêve; le contenu est généralement constitué par des idées de grandeur : le sujet vit une vie supérieure à celle de sa condition; il est généralement longtemps le même pour un même malade, ne variant que dans les détails, continuellement vécu sous la même forme. Ce qui distingue ces rêveurs de ceux que Borel appelle les « rêveurs actifs », les mythomanes de Dupré, c'est leur indifférence à l'ambiance; ils n'ont pas besoin de public, ne racontent leurs rêveries que si on les interroge; ils n'agissent pas : parfois ils se couvrent d'oripeaux pour mieux incarner les personnages qu'ils s'imaginent être.

La conviction a été particulièrement étudiée chez ces malades : lorsqu'on les interroge, ils font la critique de leur état; ils savent que ce n'est pas vrai, que c'est imaginaire; cependant, il semble bien que pendant leurs moments de rêverie, ils essaient d'ignorer le plus possible le caractère d'irréalité de ce qu'ils imaginent, ils se soustraient aux notions de réalité et d'irréalité. Leurs réponses sont assez typiques : « J'ai dit que j'étais la Reine d'Espagne; dans le fond je savais bien que ce n'était pas vrai... J'étais convaincue... pas tout à fait... J'étais dans un monde imaginaire. » On peut rapprocher cet état de celui qu'indiquait une malade, démente précoce, éthérisée, par Mlle Deschamps : « L'imagination, c'est parfois une certitude. »

Ces malades, peuvent, semble-t-il, d'après les deux

communications faites à la Société Médico-Psychologique en 1923, par Claude et Borel, évoluer vers un véritable délire avec conviction affirmée comme une certitude. Une de ces deux malades adhère à la fin à ses idées de grandeur; « elle se croit une grande artiste et pense qu'elle a comme telle un rôle à remplir. Elle reste persuadée que l'on n'a pas su reconnaître sa valeur ». Cependant le comportement reste inadéquat « ses idées n'entraînent aucune revendication. C'est une constatation que la malade fait... et acceptant son sort se trouve en définitive mieux à l'Asile que chez elle ».

Il s'agit donc de cas à la limite du délire, dans lesquels les malades vivent des constructions imaginaires, auxquelles ils ne croient pas lorsqu'ils essaient de critiquer leur état, mais dont ils essaient d'ignorer le caractère d'irréalité lorsqu'ils s'y livrent.

De la psychasthénie au délire

LA CROYANCE DE L'OBSÉDÉ.

La reconnaissance de l'état pathologique, l'absence de croyance dans l'idée obsédante est un élément caractéristique de l'obsession; l'obsession n'entraîne jamais une action antisociale. Seulement comme le remarque justement Janet dans une étude sur « la tendance à la croyance et la critique de l'obsession » (Obsessions et Psychasthénie), il faut faire des réserves, « il ne faut pas aller jusqu'à dire que ces malades

ne croient pas du tout à la réalité de leurs obsessions. S'il en était ainsi, ils n'auraient aucune souffrance, aucune maladie. » En effet, c'est cette tendance à croire, ce fait de se demander si cette idée parasite n'est pas la vérité, qui cause la souffrance des obsédés. Janet admet également qu'il y a des moments où la croyance est plus grande. En somme, « ces malades n'arrivent ni à croire complètement, ni à nier complètement ».

Entre cet état d'incertitude, de doute caractéristique de la psychasthénie et l'état de certitude du délire, il existe des intermédiaires; en effet, alors que l'on niait autrefois la possibilité de la transformation d'une obsession en délire, les travaux de Janet et d'Arnaud, de Pitres et Régis, de Mallet, en ont prouvé l'existence. Sans doute, comme le fait remarquer Mallet, il faut distinguer l'Obsession-Syndrome qui se trouve fréquemment au début de certaines maladies mentales et l'Obsession-Maladie, état constitutionnel au cours duquel le délire est très rare; toujours est-il qu'il y a passage d'un état d'incertitude à un état de certitude et c'est ce qui nous intéresse.

Nous ne pouvons étudier cette transformation à propos de tous les cas cliniques où elle peut se voir; d'ailleurs on voit rarement le malade à cette époque, par exemple à la période d'inquiétude des délires systématisés progressifs; mais le processus est toujours sensiblement le même : augmentation progressive, mais plus ou moins rapide, de l'inquiétude et de l'anxiété, apparition de préoccupations, de soucis, d'obsessions,

de plus en plus envahissants. C'est surtout à propos des délires anxieux de guerre (Lépine, Mallet), de certains mélancoliques anxieux que l'on a pu étudier cette période.

Au début de la période pré-délirante, il y a une modification nette de l'état affectif : c'est ce que met en évidence le Professeur Lépine : « le sujet, de même que le confus au début, passe insensiblement de la réaction émotive normale et du raisonnement lucide à un état particulier où l'indifférence affective s'allie à une anxiété générale et aussi à l'incapacité de raisonner ses idées comme auparavant. Lentement certaines idées parasites se développent dans le champ de la conscience. » Il y a alors plus que la simple inquiétude du psychasthénique et c'est à la faveur de ce fond d'anxiété qu'apparaissent les idées délirantes. Ce sont des « idées délirantes épisodiques, véritables raptus suivis de périodes pendant lesquelles le malade reprend conscience, est rassuré par le médecin, arrive même à critiquer ses idées qu'il trouve ridicules » (Mallet). C'est, dit Hesnard, un délire généralement oscillant, variable, à demi-corrigé par le sujet, symboliquement extrême. C'est de phénomènes très voisins dont parle Séglas lorsqu'il décrit le délire d'attente des mélancoliques : « Ils restent le plus souvent dans le doute et l'incertitude et n'expriment que des craintes sur l'avenir ».

Dans ces états intermédiaires entre la psychasthénie et le délire, la croyance peut donc se présenter sous forme d'oscillations, d'intermittences — liées d'ailleurs à l'intensité de l'état affectif —; les idées étant tour à tour admises puis critiquées par le malade.

LA PSYCHASTHÉNIE DÉLIRANTE.

Arnaud, au Congrès des Aliénistes de 1907, décrit pour la première fois une combinaison spéciale de la psychasthénie et du délire, la psychasthénie délirante; Janet a repris la question et l'a étudié longuement dans son ouvrage intitulé « de l'Angoisse à l'Extase ».

C'est un délire développé sur des obsessions et dans lequel les idées délirantes conservent tous les caractères généraux des obsessions psychasthéniques ordinaires. Comme principaux caractères, on a noté : l'exagération et l'absurdité manifeste du délire; l'abus des procédés logiques : les malades ont une réponse prête à toutes les objections; « ils raisonnent leur délire plus qu'ils ne le subissent »; le comportement est adéquat aux idées délirantes exprimées.

Leur conviction a été particulièrement étudiée : « dans leurs moments de calme, ils semblent hésiter sur la gravité de leurs craintes et de leurs prétendus méfaits, ne pas les prendre tout à fait au sérieux... ils disent que « c'est très drôle ». Bref, par instants, la conviction délirante paraît faiblir ».

Il s'agit donc de croyance intermittente comme dans le cas précédent, mais les périodes de critique seraient, cette fois-ci, beaucoup plus espacées et moins complètes.

L'onirisme fraste

Le délire onirique, s'il peut être accompagné d'une certitude intense, éprouvé comme la réalité même par

le malade, ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre précédent, est cependant un délire dans lequel on peut voir les plus grandes fluctuations de la croyance délirante.

Ces diminutions dans l'intensité de la croyance se présentent suivant deux modes bien différents.

Dans le premier cas, l'imagerie hallucinatoire, la scène présente aux yeux du sujet n'entraîne par le maximum de croyance : le sujet voit, mais discute la réalité de ses visions; il a la conscience du monde extérieur, il lui prête plus de réalité qu'à son monde imaginaire. « Les hallucinations sont-elles plus discrètes, elles laissent au malade une part de sa conscience et souvent même de son contrôle. Nombre de toxico-infectés ont conscience de leurs hallucinations et les discutent » (Legrain). On peut voir ainsi toute une gamme d'états entre la croyance presque complète où le délirant doute à peine de son délire et l'absence de croyance où le sujet assiste au déroulement d'une riche imagerie onirique sans y adhérer.

Dans l'autre cas, le délire s'accompagne d'une croyance intense, mais cette croyance ne dure pas : le sujet fait rapidement la critique de son état; il s'agit d'une croyance de type intermittent. « Le malade sortant de temps en temps de son rêve n'est désorienté et perdu que juste dans la mesure où le rêve lui a fait perdre le fil du temps et de ses propres déplacements » (Chaslin). Ces croyances intermittentes se voient surtout au passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille : hallucinations « hypnagogiques et hypnopompiques ».

Ces modifications de l'intensité de la croyance : diminution constante de la croyance et croyance intermittente, se voient également dans tous les troubles sensoriels se ramenant à la croyance de type onirique, croyance immédiate, non raisonnée, accompagnant les hallucinations et les illusions.

CHAPITRE III

Les croyances discutables

Dans les croyances que nous allons étudier au cours de ce chapitre, le sujet affirme sa croyance comme une certitude; cependant il existe des éléments tels que l'affirmation nous est suspecte, soit que l'on suppose qu'il s'agisse d'une croyance atténuée, soit que l'on admette que sous le concept de certitude réponde chez le malade un état d'âme différent de notre certitude.

Nous étudierons quelques délires dans lesquels se présentent ces éléments qui font discuter la croyance de ces malades, puis nous verrons isolément chacun de ces éléments; enfin nous examinerons successivement les solutions proposées : d'abord sur la sincérité des malades, puis sur les explications possibles de ces types de croyance, en particulier celle de Janet et de Blondel.

Ces types de croyance peuvent se rencontrer dans tous les délires; aussi nous n'avons pris comme exemple que quelques types caractéristiques, où ces éléments abondent.

I. — Etude clinique

Les délires d'imagination

Les délires d'imagination ont été isolés par Dupré; ce sont des délires dans lesquels les idées sont simplement affirmées, sans être justifiées ni par des interprétations, ni par des troubles sensoriels, donnant l'aspect de créations imaginatives pures.

Ils comprennent d'une part le délire systématisé d'imagination, affection très rare, d'autre part des délires associés ou symptomatiques, le processus imaginatif se rencontrant fréquemment dans toutes les maladies mentales délirantes.

Il présente un certain nombre de caractères que nous allons étudier.

Pour Dupré, il apparaît électivement chez des prédisposés, les mythomanes. La mythomanie est, dit-il, « la tendance pathologique, plus ou moins volontaire et consciente, au mensonge et à la création de fables imaginaires »; ces sujets ont à la fois une inclinaison à tromper leur entourage et une aptitude à le faire »; ils sont suggestibles, croyant facilement ce qu'on leur dit ou ce qu'ils inventent; enfin, les mensonges ne sont pas racontés dans un but utilitaire, mais pour le plaisir de l'être : ils nécessitent un public. Cette constitution prédisposerait à l'hystérie ou mythoplasticité et aux délires d'imagination.

Le symptôme caractéristique du délire d'imagination est, avons-nous vu, l'affirmation gratuite : « l'imaginatif, également insoucieux des constatations sensorielles et des démonstrations logiques, exprime des idées, expose des histoires, émet des affirmations à la réalité desquelles en dehors de toute expérience et de tout raisonnement, il attache immédiatement croyance ». Il y a absence de justification, méconnaissance de la réalité; « la réalité ne fournit à l'esprit que le thème sur lequel l'imagination exécute, à loisir, des variations plus ou moins fantaisistes et des improvisations personnelles ».

Il n'y a pas mobilité des idées délirantes: « dès que l'idée est formulée, le malade la maintient comme une vérité absolue sans consentir à la modifier ».

La suggestibilité du sujet permet à l'interrogateur d'orienter ou d'introduire des idées délirantes : « souvent le clinicien contribue lui-même, plus ou moins inconsciemment, par un interrogatoire tendancieux à fixer la formule de l'improvisation délirante ».

Le contenu du délire est constitué en général par des idées de grandeur; il est toujours caractérisé par l'exagération, l'invraisemblance et l'énormité des concepts.

Le comportement du malade est adéquat à son délire, il conforme ses actes à ses idées et cela malgré les inconvénients qui en résultent pour lui, malgré l'internement.

Quelques éléments de ce délire ont fait discuter la conviction de ces malades : la constitution mythomane, la possibilité de suggérer des idées au malade, l'absence de justification de la croyance.

Dupré parle de conviction absolue, « de la ténacité, de la sincérité, de la profondeur des convictions délirantes » et pour lui la preuve en est la conduite des malades conforme à leurs idées et désintéressée; mais il constate par ailleurs « le mélange évident de sincérité et de simulation »; il parle de cas mixtes et douteux « où il y a produit de deux facteurs : la supercherie consciente et volontaire, d'une part, et le délire d'imagination d'autre part ». Cellier estime qu'il est impossible de juger le degré de croyance de ces malades.

Les délires hébéphréniques et schizophréniques

Nous décrirons en suivant la classification de Claude qui oppose dans les psychoses paranoïdes la démence paranoïde hébéphrénique à la psychose paranoïde schizophrénique, la croyance en la réalité du délire chez les déments précoces et chez les schizophrènes (dans le sens restreint que lui a donné Claude).

Au cours de la démence précoce, dans la forme hébéphrénique, le malade extériorise des idées délirantes de caractère assez particulier. Ce sont des délires polymorphes, à idées mobiles, absurdes et contradictoires; ils sont à base d'hallucinations, d'illusions, d'interprétations fausses, d'illusions. La mobilité des délires provient rarement de la critique que les malades font de leurs idées; le plus souvent c'est spontanément, sans raison valable, que le malade abandonne ses idées délirantes. Les idées délirantes peuvent apparaître par sim-

ple suggestion. Mais surtout le délire n'entraîne le plus souvent pas la réaction affective correspondante; c'est un délire « incohérent à froid », dit Chaslin. Le malade émet des idées tristes ou joyeuses d'un air impassible ou avec une mimique discordante. La conduite est de même inadéquate au délire; c'est ce que Mlle Pascal appelle la paramimie délirante : « l'activité psychosensorielle n'est plus en harmonie avec les réactions mimiques et les actes... Les mégalomanes se laissent mener comme de petits enfants; les mélancoliques humbles et déprimés manifestent une résistance opiniâtre; les persécutés racontent leur torture avec un visage souriant et radieux et ceux qui ont des idées de négation et de transformation corporelle n'expriment pas le moindre sentiment d'effroi ou d'épouvante ».

Ce sont les caractères de mobilité, de contradiction entre les idées, de suggestibilité et surtout de discordance entre les idées d'une part et la mimique et le comportement d'autre part qui font que l'on parle généralement de conviction faible ou atténuée, de peu de conviction chez les déments précoces.

Dans les délires schizophréniques de Claude, le délire est en général cohérent, n'est pas mobile, la systématisation est plus marquée; la mimique et le comportement sont, au moins au début, assez adéquats. Cependant on note des caractères qui les opposent aux psychoses paranoïaques : « le malade n'éprouve pas comme les vrais paranoïaques, le besoin de résister, de connaître exactement les gens, de savoir les causes

de ses persécutions; vous avez la faculté de changer ici à volonté la personnalité du persécuteur » (Kraepelin). L'absence ou la pauvreté des moyens justificatifs est habituelle : « Le plus souvent, les malades ne peuvent donner aucune explication sur leur délire. Il est fort peu raisonné : aussi le malade ne cherche-t-il pas la signification des conceptions délirantes qui se présentent à lui... il les accepte sans les discuter » (Masselon). On note également des réactions absurdes, non préparées, non justifiées. Enfin, à la longue, l'indifférence effective à l'égard du délire apparaît : « Les idées délirantes n'exercent plus, avec les années, aucune action sur l'allure des sujets ; quelques-uns ont même simplement oublié leurs idées délirantes » (Kraepelin). Il n'y a plus que des résidus délirants.

La croyance dans ces délires est intermédiaire entre la croyance d'allure logique du délire systématisé d'interprétation et celle du dément précoce ; si certains caractères de la pensée rationnelle sont conservés : l'aspect logique du délire, le comportement adéquat au début, on trouve des éléments prêtant à suspicion : l'absence de justification, les réactions absurdes, l'indifférence progressive à l'égard du délire. C'est pourquoi on considère généralement que la croyance n'est pas aussi intense dans ces délires que dans les délires paranoïaques.

Le délire des déments

Nous prendrons comme type de la croyance chez les déments, le délire de grandeur de la paralysie générale.

Falret en a donné les caractéristiques : ce sont des conceptions absurdes, mobiles, incohérentes et contradictoires.

Elles sont émises par le malade comme des réalités indiscutables. Basées parfois sur des hallucinations, des interprétations, des illusions, elles sont le plus souvent de type imaginatif, comme l'ont bien montré Dupré et Logre ; de toute façon, le malade ne cherche pas à les justifier : « Ici, le malade est incapable de raisonner ou d'expliquer sa conception délirante » (Lépine).

Elles sont incorporées par le sujet sans souci des contradictions ; comme le fait remarquer le Professeur Lépine : « un individu qui vient de se dire empereur du monde et possesseur de richesses à l'infini, répond à une question directe qu'il est savetier et qu'il gagne quelques francs par jour ».

La discussion est impossible avec le malade ; on ne peut lui faire reconnaître l'absence de preuve, la contradiction entre les idées : la faiblesse de son jugement l'empêche de s'en rendre compte.

La suggestibilité est ici très marquée : on peut facilement faire admettre au malade une idée délirante qui rentre dans le thème général du délire.

Le comportement n'est adéquat que dans la mesure où le fond mental est conservé : un roi accepte volontiers de balayer la salle et se contentera d'une couronne en papier.

Aussi parle-t-on dans ce cas et dans d'autres, tels que la fabulation ou le délire de préjudice des déments séniles, du « cachet démentiel » des délires. Une ab-

sence marquée du sens critique, le peu de répercution des idées sur la conduite, la contradiction entre les idées, l'absence de justification, font que l'on considère ces croyances comme faibles, très inférieures à celles des délires d'interprétation.

II. — Discussion

Les éléments de discussion de la croyance

Nous diviserons ces éléments suivant qu'ils sont un des caractères de la croyance ou qu'ils sont dus à l'individu.

Nous verrons dans ceux qui sont propres à la croyance, l'absence de justification, la mobilité des idées, la contradiction entre les croyances, entre la croyance et le ton affectif ou le comportement; dans ceux propres à l'individu, l'intérêt à délirer, la constitution mythomane, la suggestibilité.

L'ABSENCE DE JUSTIFICATION.

Les idées délirantes peuvent apparaître brusquement, formulées entièrement, c'est l'intuition délirante de Targowla et Dublineau, soit se développer peu à peu sur un thème central, c'est alors un délire à aspect imaginaire.

Une croyance avec certitude, non justifiée ou mal justifiée, est une chose qui ne se rencontre pas chez l'être normal ; si certaines croyances apparaissent suivant le mode intuitif, elles ne sont cependant admises par le sujet que si elles lui paraissent suffisamment justifiées ; il s'agit là d'un fait tout à fait différent : la croyance apparaît certaine sans que le sujet croie nécessaire de la prouver. C'est un mode de croyance qui n'est pas compréhensible à l'être normal.

Cependant si le sujet ne juge pas nécessaire de chercher de justification, de prouver sa croyance, on peut supposer qu'il a une telle certitude de la réalité de ses idées délirantes qu'une preuve ou une justification lui paraissent superflues. On peut donc admettre que l'idée délirante d'aspect intuitif ou imaginatif est un phénomène incompréhensif, une « expérience délirante primaire » (Jaspers), analogue à une interprétation délirante où le sujet ne peut admettre aucune autre interprétation du fait que celle qu'il émet.

D'autre part, des croyances sans justification sont généralement admises comme pouvant être l'objet d'une croyance intense, lorsque le sujet à force de raconter une histoire fausse finit par y croire.

Enfin l'affaiblissement intellectuel, suffisant pour que le sujet méconnaisse les règles de la pensée rationnelle, permet d'expliquer qu'une justification ne lui paraisse pas nécessaire pour croire.

LA MOBILITÉ DES IDÉES DÉLIRANTES.

Normalement, lorsqu'un sujet passe d'une certitude à une autre certitude, sans que ni la discussion, ni un argument venant du sujet n'explique ces changements, nous doutons de sa croyance.

Dans les cas pathologiques, lorsqu'un malade abandonne du jour au lendemain une croyance sans justifier cet abandon, pour adhérer à une autre qui ne subsistera que quelques jours, on peut se demander si le malade est vraiment certain, ou s'il s'agit d'une croyance différente de la nôtre.

LA CONTRADICTION ENTRE LES IDÉES ET LE COMPORTEMENT OU LE TON AFFECTIF.

L'absence de réactions motrices ou affectives adéquates, le « paradoxe moteur ou affectif » de Blondel, ne se voit pas dans une croyance rationnelle. On ne peut comprendre une croyance qui ne comporterait pas le comportement ou la réaction affective adéquate. Il faut supposer ou l'absence de sincérité du malade ou un état d'âme différent du nôtre.

Cela peut s'expliquer dans certains cas par l'indifférence affective, la perte de contact avec le réel, comme chez les déments précoces ou les schizophrènes, indifférence étendue à tous les sentiments des malades.

La résignation des vieux délirants s'explique également ; voyant leurs protestations toujours sans résultats, ils finissent par admettre leur sort.

L'affaiblissement intellectuel peut faire que le sujet ne comprenne pas l'importance des idées auxquelles il croit, qu'il n'en saisisse pas les conséquences et la conduite qui devrait en résulter.

LA CONTRADICTION ENTRE LES IDÉES DÉLIRANTES avec certitude attachée à chacune des idées est quelque chose d'incompréhensible ; seul, un affaiblissement intellectuel tel que le sujet méconnaisse les règles de la pensée rationnelle permet de l'expliquer.

L'INTÉRÊT AFFECTIF A DÉLIRER.

Sans doute comme l'a soutenu l'école psychanalytique, on peut admettre que tous les contenus des dé-

lires sont déterminés par des processus affectifs inconscients, sont la réalisation symbolique de désirs refoulés de l'individu.

Mais il est des cas où l'intérêt affectif que peut prendre le malade à son délire paraît plus immédiat et pourrait être estimé conscient.

Ainsi les délires d'imagination surviennent chez des sujets, les mythomanes, qui normalement éprouvent une satisfaction morbide à raconter des choses fausses pour le plaisir de mentir, d'être écoutés. Dupré donne comme preuve de leur sincérité leur désintérêt par rapport aux avantages sociaux que peut leur rapporter leur délire auprès des débiles qui s'y laissent prendre, le maintien de leurs affirmations à l'Asile. Cependant, chez ces sujets, c'est la notion de l'intérêt qui est faussée et l'on pourrait admettre qu'ils préfèrent mentir à toute autre satisfaction et malgré les désavantages qui en résultent pour eux.

De même chez les délirants processifs, dans les délires de revendication, on peut penser que le sujet, outre qu'il satisfait une tendance originelle à la discussion, a intérêt à poursuivre ses revendications pour obtenir de la justice le maximum de réparation pour le dommage qui leur a été causé ; cependant, le véritable délirant « n'a pas souci de l'avenir et de ses véritables intérêts, il n'hésite pas à sacrifier sa fortune, sa famille, sa liberté, sa vie même » (Sérieux et Capgras).

LA CONSTITUTION MYTHOMANIAQUE.

Nous avons déjà vu, à propos des délires d'imagination, les caractères de cette constitution ; il est certain que c'est chez ces malades que l'on doute le plus de l'affirmation de croyance ; nous verrons plus en détail ce que l'on peut en penser dans le paragraphe consacré à la sincérité des délirants.

LA SUGGESTIBILITÉ.

On a vu à plusieurs reprises que des idées délirantes pouvaient être suggérées au délirant et qu'il y attache immédiatement croyance.

On admet difficilement qu'une idée qui vient d'être suggérée provoque une croyance immédiate.

Cela peut être expliqué si l'on constate un état mental tel que le sens critique soit considérablement affaibli.

Dans d'autres cas, on reconnaît qu'il s'agit de sujets qui sont dociles à la suggestion ; Janet l'explique à propos des hystériques par le rétrécissement du champ de la conscience qui fait que seul le phénomène pathologique occupe ce champ et qu'il est à l'abri des investigations de la conscience totale ; mais ce n'est là qu'une hypothèse.

En somme ces éléments s'opposent tous à la compréhension de la croyance ; pour certains, on peut les expliquer par certains troubles du malade : l'absence de sens critique, la méconnaissance des règles de la

pensée rationnelle qui résultent de l'affaiblissement mental, l'indifférence affective, et supposer que la croyance ressentie par les malades est analogue à la nôtre ; mais ces explications n'épuisent pas tous les cas ; aussi après avoir étudié la sincérité des délirants, verrons-nous d'autres solutions proposées pour expliquer ces croyances de type anormal.

La sincérité chez les délirants

Lorsqu'un être normal dit qu'il croit telle chose et que ce sujet est un menteur habituel, qu'il agit comme s'il ne croyait pas ce qu'il dit, nous doutons de sa sincérité. Il est naturel que la même impression survienne lorsqu'il s'agit d'un délire et que nous supposons que le malade ne croit pas en son délire.

Cette question de la sincérité des délirants a été discutée à plusieurs reprises.

Arnaud, dans une communication à la Société de Psychologie, dit ce qu'il en pense à propos de délires psychasthéniques ; il s'agit dans ce cas de délires d'indignité avec auto-accusation ; il constate que les actes sont conformes aux idées, mais les malades se contredisent dans le récit des crimes qu'ils prétendent avoir commis, ils reconnaissent parfois qu'ils disent des bêtises. Arnaud pense que les malades ont une conviction portant sur le sentiment qu'ils sont coupables, mais non sur les crimes précis qu'ils racontent. Janet, qui critique cette conception d'Arnaud, prétend que « l'affirmation porte sur un ensemble de paroles et de sen-

timents, qu'elle exprime une croyance de l'ensemble uniquement à cause des sentiments éprouvés, sans tenir compte de la fausseté des paroles ».

Il est intéressant de rapprocher ces solutions de ce que dit Masselon de la psychologie du délirant mélancolique au début de la période délirante : « C'est que la malade sait surtout c'est qu'elle est une malheureuse qui s'est rendue coupable de quelque chose ; de quoi ? elle ne peut le dire... Les malades rattachent leur douleur à des idées très vagues qui n'ont ni consistance, ni précision. Ils croient commettre des crimes, mais cette croyance reste vague et peu précise ». Il s'agit donc de cas où malgré l'intensité du sentiment éprouvé les malades tiennent compte de la vérité et n'osent pas s'accuser de fautes qu'ils ne sont pas sûrs d'avoir commis.

En somme il y aurait des cas où le sujet est convaincu d'être un indigne, un criminel, et lorsqu'il précise les crimes qu'il a commis, n'est pas sûr intérieurement de l'authenticité de ces faits.

Janet reprend la question d'une façon plus ample dans son ouvrage (de l'Angoisse à l'Extase) et essaie de préciser les cas où il y a mensonge.

Il oppose le mensonge où il y a « nécessité d'exprimer extérieurement une affirmation différente de celle qui est formulée intérieurement » à « la délusion : l'erreur du sujet qui se trompe lui-même par une affirmation destinée à tromper les autres ». Dans le premier cas, une action aussi compliquée que le mensonge nécessite une activité mentale assez élevée, une « tension psychologique » suffisante ; au contraire, lorsque

la tension psychologique est basse, le simple fait d'affirmer quelque chose que l'on croit faux suffit à faire adhérer sa propre croyance à l'affirmation. Donc dans la fabulation des déments, des affaiblis intellectuels, il n'est pas possible au sujet de mentir ; d'autre part, il constate dans les délires et surtout dans le délire psychasthénique des oscillations du niveau mental (le sujet est incapable de réflexion, fait des actes absurdes, sans qu'il y trouve intérêt) qui font que le sujet par moment est convaincu, par moment capable de critiquer sa croyance.

Par ailleurs, il remarque que le diagnostic entre mensonge et délusion est très difficile à cause « d'innombrables intermédiaires entre ces termes extrêmes, toutes sortes de demi-mensonges et demi-délusions étant difficiles à caractériser ». Il aboutit donc aux conclusions de Dupré que nous avons vues à propos du délire d'imagination, mais il critique le terme de mythomanie, qui s'applique indistinctement au mensonge et à la délusion. Il croit cependant que le mensonge est rare dans les délires, mais c'est une impression, une « raison d'ordre moral » comme disait Babinski à propos de la sincérité de l'hystérique.

Costedoat donne comme bons signes de simulation, l'absence de réaction émotive, lorsqu'on discute les affirmations du délire ; mais dans les délires des déments et des schizophrènes, cette réaction est bien inconstante ; et la disparition brusque et définitive des idées délirantes à la suite d'une suggestion étrangère ; seulement chez un délirant non simulateur, on risque de provoquer une réticence.

On peut donc conclure de ces discussions que parfois le mensonge se rencontre au délire, soit que le malade, convaincu d'un sentiment général, raconte des faits précis dont il n'est pas sûr, soit qu'il y ait demi-mensonge ou demi-délusion, le malade étant partiellement convaincu de ce qu'il dit ; ce dernier cas se voyant principalement chez des malades à constitution mythomaniacale. Le mensonge, d'autre part, n'est possible qu'avec un niveau mental suffisamment élevé. Enfin il y a des oscillations du niveau mental qui permettent au sujet de critiquer une croyance qu'il vient d'éprouver comme certaine.

Les solutions proposées

Nous avons vu que l'affaiblissement intellectuel, l'indifférence affective permettaient d'expliquer certains des éléments qui rendent les croyances suspectes, incompréhensibles ; on peut se demander s'il s'agit pour le malade d'une certitude avec l'intensité que la langue donne à ce terme ; nous manquons d'analogie avec d'autres croyances ; d'autre part, des sujets qui ne sont ni des affaiblis intellectuels, ni des indifférents ont des croyances renfermant ces mêmes éléments de discussion.

Nous allons étudier deux solutions qui peuvent, jusqu'à un certain point, expliquer ces croyances : celle de Janet qui, en plus du mérite de créer un aspect clinique de la croyance, montre les analogies qu'elle a avec d'autres croyances ; celle de Blondel qui permet d'expliquer certaines contradictions du délire.

LA CROYANCE ASSÉRITIVE DE JANET.

Janet, en étudiant certains délires, le délire psychasthénique en particulier, constate l'existence d'une croyance qu'il appelle « asséritive » et qu'il caractérise ainsi : il s'agit de croyances immédiates, affirmées avec une conviction intense, ne se basant ni sur la réflexion, ni sur le raisonnement ; elles ne sont soumises à aucun contrôle de la pensée rationnelle ; les contradictions sont possibles entre les idées affirmées ; il n'y a pas de degrés entre les croyances, pas de distinction entre le réel, le demi-réel et l'imaginaire ; leur apparition se fait suivant la tendance la plus forte : ce que l'individu désire, il le croit ; ce qu'on lui suggère avec force, il le croit ; elles sont par conséquent mobiles avec les changements de tendances.

Cette croyance réunit un certain nombre des éléments mentionnés plus haut : l'absence de justification, les contradictions entre les croyances, la suggestibilité du malade, la mobilité des idées, l'apparition de la croyance en raison de l'intérêt affectif.

Ces croyances correspondent à une baisse de la « tension psychologique » ; elles sont hiérarchiquement moins élevées que la croyance réfléchie ; en effet, en étudiant, principalement dans le délire psychasthénique, les stades de croyance asséritive par rapport aux stades croyance réfléchie, Janet constate l'absence d'actions ou de réflexions compliquées nécessitant une tension psychologique élevée, une conduite absurde sans souci de l'intérêt du sujet et sans valeur sociale :

« Ces individus semblent avoir perdu leur délicatesse, leur altruisme, leur critique intelligente. »

D'autre part, il retrouve cet aspect des croyances chez les primitifs et chez les enfants.

Chez certains primitifs, les prélogiques de Lévy-Brühl, la croyance n'obéit pas à nos règles logiques et en particulier au principe de non-contradiction ; elle réunit des choses qui nous semblent contradictoires ; des croyances immédiates surviennent à propos de tous les phénomènes qui attirent l'attention et elles ne sont pas soumises aux règles de la raison.

De même chez les enfants, se référant aux travaux de Piaget, il retrouve certains caractères de la croyance asséritive : « la croyance immédiate déterminée par un mouvement d'ensemble, la pensée qui ne sait pas se dissimuler et rester secrète, la magie des mots puissants comme des êtres, la confusion de l'imaginaire avec l'être ».

Sans doute peut-on trouver des différences entre la croyance asséritive et celle des prélogiques et des enfants ; mais cela provient de ce que « l'état d'esprit n'est pas exactement le même dans la croyance quand le sujet a connu autrefois la forme de croyance supérieure : il en garde les expressions et les souvenirs qui altèrent la pureté de la croyance élémentaire. Mais ce sont là des modifications que l'on peut prévoir et qu'il est facile d'analyser ».

De l'étude de Janet, on peut tirer les conclusions suivantes : la croyance asséritive, croyance immédiate, sans nuances, méconnaissant les règles de la logique, apparaît suivant la tendance la plus forte ; elle ne sur-

vient que lorsque la tension psychologique est abaissée : il en résulte que le mensonge n'est pas possible dans ces croyances comme nous l'avons vu plus haut ; elle peut être assimilée à la croyance des prélogiques et des enfants ; si donc elle n'est pas comprise par la pensée rationnelle, elle existe cependant en dehors de troubles mentaux ; elle est un stade inférieur de la croyance réfléchie.

Janet a donc créé un aspect clinique : la croyance asséritive et a montré son assimilation à d'autres croyances.

LES CROYANCES PARADOXALES DE BLONDEL.

Blondel, dans la « Conscience morbide », étudie quelques délires dans lesquels il constate les phénomènes suivants, le « paradoxe moteur » ou contradiction entre la conduite et l'affirmation, le « paradoxe affectif » le ton affectif ne répondant pas au délire, les contradictions entre les pensées émises.

Il se refuse à étudier les délires suivant la méthode de Ribot en pathologie mentale, car on ne peut interpréter en les comparant aux nôtres des esprits qui négligent complètement les cadres de la pensée rationnelle. Il remarque que c'est à un problème semblable que s'est heurté Lévy-Brühl essayant de comprendre la mentalité des primitifs.

Pour lui ces malades ressentent des états d'âmes totalement différents des nôtres, états d'âme originaux, incommunicables, inexprimables par le langage qui ne contient que des concepts communs à tous les hommes, les concepts d'une âme socialisée.

Cependant ces malades tentent de faire comprendre leurs impressions, ils le font par le moyen du langage, mais l'originalité absolue de leurs états d'âme fait que cela ne leur est possible qu'en méconnaissant les règles de la pensée rationnelle. Leurs concepts délirants ne sont cependant pas des comparaisons, des métaphores, car les contradictions « à peine signalées ou aperçues seraient immédiatement corrigées. En fait, les malades n'y renoncent pas malgré tout ce qu'on peut leur dire... c'est donc que ces expressions répondent à une évidence nouvelle ».

Les idées exprimées « ne tiennent pas leur valeur des exigences collectives et des impératifs logiques de la pensée normale, mais du trouble subjectif et des caprices de son évolution ». Les malades tiennent à exprimer ce qu'ils ressentent, ils ne cherchent pas à être logiques.

Aussi la satisfaction qu'il y a pour ces malades à trouver un concept qui réponde à leurs impressions fait qu'ils y adhèrent avec une foi intense, car « telle est la puissance des concepts que, pour paradoxale, pour arbitraire, pour contradictoire que soit la manière dont ils sont employés, leur présence suffit à dissiper aux yeux des malades une partie du mystère dans lequel ils se débattaient et à substituer aux doutes et aux inquiétudes primitives un état de conviction délirante ».

Cette théorie permet donc d'expliquer qu'une croyance d'allure paradoxale (contradiction dans les termes, dans la conduite, dans le ton affectif) avec mobilité des idées délirantes est compatible avec un

état de certitude et cela sans qu'il y ait affaiblissement intellectuel.

En somme, certains caractères cliniques, certaines théories permettent de comprendre que, bien que le délirant ait une foi intense en son délire, il puisse se passer pour croire d'éléments qui nous paraissent nécessaires : la preuve, la conduite et l'affectivité en rapport avec la croyance, la conservation prolongée de nos croyances ; de même on peut expliquer que des croyances de formation suspecte : croyances suggérées, croyances chez les menteurs habituels, croyances qui satisfont de façon évidente les tendances de l'individu, soient des croyances intenses.

On ne pourra donc pas, quand il s'agira d'une croyance comportant un des éléments que nous avons étudiés, parler automatiquement du peu de conviction de l'individu ou de son manque de sincérité. Il faut toujours voir si une des solutions proposées permet d'expliquer la croyance de l'individu. Il y aura cependant bien des cas où l'on restera dans le doute.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I

Délire d'interprétation.

(Service du Docteur CONDOMINE.)

M... Adèle, 56 ans (mai 1934).

Internée sur réquisition du commissaire de police pour avoir menacé et frappé des religieuses sans raison plausible.

Son délire remonte à quelques années, mais il porte sur des faits très antérieurs, sur lesquels elle a fait des interprétations rétrospectives ; elle le reconnaît d'ailleurs : « Je n'avais pas de soupçons avant 1920 ; c'est alors que je me suis rendue compte de bien des choses qui avaient passé inaperçues. »

Ses premières interprétations sont provoquées par la constatation dans les aliments de corps étrangers : « On m'a mis du verre pilé, des pierres, des épingles, dans mon pain, dans la charcuterie. » Elle constate que le charcutier et le boucher sont liés avec une famille qui connaît ses cousins, les Mic..., elle reconnaît que cela aurait pu être accidentels, mais « cela est arrivé trop souvent. »

Elle déménage alors et trouve un autre appartement grâce à cette famille. Or, des phénomènes semblables apparaissent. Elle ne doute pas que ses cousins lui en veulent. Elle fait des recherches dans les papiers de la famille et s'aperçoit que les papiers de sa mère ont disparu : elle en conclut que sa mère était née Mic... et non Clu... comme on le lui a dit jusqu'alors.

Elle serait la fille d'un prêtre, et on aurait voulu cacher ce

fait. Elle interroge ses proches, et « on ne me l'a pas dit franchement, mais on me l'a laissé entendre. »

D'autre part elle s'étonne que tous les essais de mariage qu'elle a tentés ont été infructueux. Elle se souvient qu'un prêtre de 18 ans lui a fait des propositions ; elle a refusé (délire érotomaniacal ou interprétations rétrospectives à propos d'un fait exact). Le prêtre pour se venger s'est fait passer pour son amant ; il a raconté qu'il lui avait donné la syphilis, qu'il l'avait entretenu. « C'est par des allusions, des signes, que je l'ai compris. »

Elle en conclut qu'il y a une coalition formée de la famille Mic... et de quelques prêtres qui veulent la faire disparaître : cela par vengeance et sans doute pour des questions d'héritage. « On voit bien que je suis de trop ; toute ma vie je l'ai été. »

Les faits qui ont nécessité l'internement proviennent de ce qu'elle constate encore des épingles dans ses aliments ; de plus, elle ne peut trouver de travail ; or, chaque fois qu'elle allait chercher du travail, elle voyait une sœur dans le voisinage : « Elle allait dire du mal de moi, c'est sûr. » Elle remarquait qu'elle était souvent suivie par des sœurs ; c'est pour cela qu'elle les a interpellées et frappées. Mais elle se rend compte qu'elles ne sont que des intermédiaires : « Je ne leur en veux pas à ces sœurs ; je sais que ça venait de plus haut. »

Mais pour elle cette agression n'est qu'une réaction d'énervement : « Quand on veut faire un coup, il faut le faire comme il faut ou ne pas s'en mêler ; il faut frapper les responsables. »

En somme délire systématisé de persécution auquel elle attache une conviction intense ; délire raisonné sur l'interprétation des faits ; ton affectif et comportement adéquats.

OBSERVATION II

Délire onirique.

(Clinique psychiatrique du Professeur LÉPINE.)

Gr... Joséphine, 52 ans (nov. 1933).

La malade, maintenue au lit en raison de son agitation, a l'air terrifiée, s'agite, implore notre secours. On lui demande la raison de son inquiétude : « Regardez, là, sur mon lit, tous ces serpents, ces rats. » Elle s'agite et crie au secours. On lui fait remarquer qu'elle est seule à les voir ; elle ne répond pas ; puis « En voilà encore d'autres, ils montent ». Elle montre un point précis sur le lit.

Elle se croit chez sa voisine et la reconnaît en la présence de l'infirmière ; dans l'interrogateur, elle reconnaît un voisin qui vient souvent la voir. Elle le dit en réponse à une question, mais s'étonne de la question car, pour elle, c'est évident. Elle dit qu'elle est couchée, parce qu'elle est un peu lasse ces temps-ci.

Rapidement, l'interrogatoire est interrompu ; elle s'agite, crie, appelle au secours en montrant les animaux qui sont sur son lit.

Interrogée après guérison, la malade dit se souvenir des bêtes qu'elle a vues, mais comme d'un rêve et ne peut donner d'explications sur le degré de croyance qu'elle y attachait.

OBSERVATION III

Délire de supposition.

(Clinique psychiatrique du Professeur LÉPINE.)

L... Anne-Marie, 41 ans (janvier 1934).

Son délire date de deux ans, époque à laquelle on l'a renvoyée d'une bonneterie où elle était tulliste.

Les premières interprétations portent sur des conversations de ses compagnes : peu après son renvoi, l'administrateur de la bonneterie se suicide ; ses compagnes lui disent : « ça ne lui a pas porté bonheur ; elles disent entre elles : « elle n'y voit que du bleu... si c'était moi, cela irait jusqu'à Herriot ». Elle comprend qu'il s'agit d'elle, n'en tire aucune conclusion certaine ; elle se demande si le patron de l'usine n'a pas reçu de mauvais renseignements sur elle.

Peu après elle fait une demande de pension de guerre ; or, les affaires traient en longueur ; elle se rappelle alors qu'il y a 14 ans, elle avait confié ses papiers à une cousine et que celle-ci lui a dit les avoir perdus ; or elle s'étonne à présente que sa cousine n'ait pas porté plainte alors. Elle suppose qu'une personne vit peut-être sous son nom avec son état-civil, elle se rappelle également qu'une personne de sa connaissance lui a demandé d'acheter des valeurs en son nom ; cette personne a beaucoup connu sa cousine à l'époque de la perte de ses papiers ; il se pourrait que ce soit cette personne qui ait son état civil et qui veuille posséder sa signature en lui demandant d'acheter des valeurs en son nom.

Depuis peu, les phénomènes lui ont paru plus louches : elle écrit à son beau-frère et celui-ci ne lui répond pas ; pour vérifier si on ne lui fait pas un tour, elle s'écrit à elle-même deux lettres de bonne année ; une de ces lettres arrive avec un retard et sans cachet de la poste ; il y a sûrement quelque chose ; par ailleurs le neveu de la personne qu'elle soupçonne est employé des postes.

Pendant elle n'affirme rien ; elle est sûre qu'il y a quelque chose, mais aucune hypothèse ne la satisfait pleinement ; elle ne veut même pas nommer la personne qu'elle soupçonne, car elle ne veut pas qu'on l'accuse fausement ; elle n'est pas assez sûre que ce soit elle, ni même qu'il y ait quelqu'un qui vive sous son nom. Sa conduite a d'ailleurs été révélatrice de son état d'âme : elle s'est contenté de porter une plainte contre inconnu.

D'ailleurs elle est rapidement sortie de l'Asile avec le certificat suivant : « Est améliorée et paraît inoffensive ; susceptible de s'améliorer dans de meilleures conditions de séjour. »

OBSERVATION IV

*Délire de persécution au cours d'un épisode anxieux :
croyance intermittente.*

(Service du Docteur CONDOMINE.)

M... Marie, 42 ans (mars 1934).

La malade est internée à la suite d'une tentative de suicide. Elle a l'aspect d'une anxieuse : mimique inquiète, instabilité, gémissements, cris. L'anxiété semble survenue à la suite d'ennuis répétés : son propriétaire l'a mise à la porte, son ami s'est brouillé avec elle ; elle n'a plus d'argent pour payer la pension de son fils.

Interprétations et idées délirantes de persécution : « Dans la rue tout le monde me regardait d'une drôle de façon... il me semblait que j'étais poursuivie... Tout le monde m'accuse : je n'ai pas commis de vol... on veut me mettre en prison. »

Le 13 avril, on constate : la malade est bien moins anxieuse, on la voit aujourd'hui dans une période de calme : « Je me fais moins d'idées... ça va mieux. »

Interrogée sur ses idées délirantes elle avoue : « Je crois toujours qu'on me persécute, qu'on va me mettre en prison. » « En êtes-vous sûre ? » « Par moments j'y crois ; par moments je n'y crois pas. »

Depuis, suivant les jours, elle reconnaît l'inanité de ses idées délirantes ou elle y croit fermement.

OBSERVATION V

Réverie morbide.

(tirée de l'article « *Les rêveurs* », de BOREL et ROBIN)

Marie B... (février 1921).

A 14 ans crise d'excitation psychique au cours de laquelle se manifestèrent des idées de grandeur : brusquement, elle déclare à ses parents qu'elle est la reine d'Espagne, prend des attitudes hautaines, se drape dans un rideau, rit, chante, paraît s'amuser et commande, ordonne, veut qu'on lui obéisse ainsi qu'à une souveraine, s'irritant quand on ne cède pas à ses caprices. Cet état dure près de deux ans.

A 23 ans, nouvel épisode pathologique : elle devient apathique, parle peu, refuse de se lever, passe la plus grande partie de sa journée au lit... Elle ne prétend pas comme la première fois qu'elle est encore reine d'Espagne, mais on

retrouve à certains moments des attitudes et des paroles montrant qu'elle garde d'identiques conceptions ambitieuses.

Internée à Sainte-Anne, elle est interrogée sur l'épisode qu'elle a eu à 14 ans : « Je me rappelle la crise que j'ai eue autrefois : j'ai dit que j'étais la reine d'Espagne. Dans le fond je savais bien que ce n'était pas vrai. J'étais comme un enfant qui joue à la poupée et qui sait bien que sa poupée n'est pas vivante, mais qui veut s'en persuader... Je me coiffais, je me drapais... cela m'amuse... et puis, peu à peu, cela fut malgré moi... Je ne peux pas dire que j'étais normale ou anormale... J'étais comme enchantée... C'était comme un rêve que je vivais... J'étais convaincue... pas tout à fait... J'étais dans un monde imaginaire. » Elle raconte ainsi différents rêves qu'elle a vécus. » « Ah ! j'ai eu tant de vies différentes, une fois, je me suis mariée avec un Américain, très beau, qui portait des lunettes d'or. Il m'a emmenée faire un grand voyage avec lui et j'ai fait naufrage... Nous avons été sauvés par un paquebot qui nous a ramenés chez nous. Nous avons un grand hôtel et chacun notre chambre. Quelles fêtes j'ai données ! » « J'ai vécu au temps de l'homme des cavernes..., etc. »

Elle sait et reconnaît que ce n'est pas vrai, mais seulement si on insiste.

OBSERVATION VI
Délire d'imagination.
(Service du Docteur CONDOMINE.)

B... Adélaïde (février 1934), 50 ans.

La malade raconte spontanément l'histoire de son affection. Depuis plusieurs mois, elle est facilement anxieuse, énervée; ce sont des ennuis d'argent et de famille qui l'ont rendu nerveuse; elle a même eu un état d'inertie et d'indifférence assez marqué. Elle est soignée pour ces troubles.

Elle explique son internement de la façon suivante : samedi dernier, son mari ne rapporte qu'une partie de la paye et ne lui explique pas pourquoi; ils se disputent et le mari part;

depuis il n'est pas revenu; elle se figure qu'il a tenté de se tuer car son père est mort ainsi; elle s'inquiète, va à la Préfecture, téléphone à son médecin. Elle aurait eu un état d'anxiété tel qu'il aurait pu occasionner son internement. Elle raconte cet épisode de façon très naturelle et vraisemblable. Interrogée sur les idées de grandeur signalées sur le certificat d'admission, elle reconnaît avoir dit au médecin qu'elle était millionnaire, car « mon frère est très riche; il est directeur d'une maison comme Noma »; elle parle avec euphorie de la possibilité qu'elle a d'avoir de l'argent, mais ne cite pas de chiffres extraordinaires.

Excitation cérébrale marquée par de la logorrhée, une mimique très mobile.

Le 12 février : On reçoit le procès-verbal d'enquête : la disparition du mari n'a pas eu lieu; ce dernier n'a pas quitté son domicile.

On interroge à nouveau la malade sur cette idée délirante : elle maintient toujours avec force; mais elle ne l'appuie ni sur des hallucinations, ni sur des interprétations; c'est pour elle quelque chose de certain; elle l'avait raconté avec un tel naturel que son authenticité n'a presque pas été mise en doute au premier interrogatoire.

Sa conduite est restée adéquate : elle a en effet fait des recherches pour chercher son mari; elle pleure lorsqu'elle nous dit qu'elle a peur qu'il se suicide.

Le 17 février : les résultats de la Ponction lombaire montrent qu'il s'agit d'une paralysie générale.

OBSERVATION VII

Délire de grandeur.

(Clinique psychiatrique du Professeur LÉPINE)

D... Philibert, 54 ans, chauffeur de taxi (janvier 1934).

Affaiblissement intellectuel très marqué; troubles de la mémoire et du jugement considérables.

Euphorie béate.

Syndrome somatique et humoral de paralysie générale.

Le délire est formé d'idées de grandeur et de satisfaction; idées juxtaposées qu'il ne relie pas en système; idées qu'il expose avec un plaisir évident.

Spontanément, il parle de ses inventions : « J'ai inventé la dynamo, les bretelles, le téléphone, le Grand Théâtre; en 1925, j'ai installé toutes les usines de teinture de France », il en donne les adresses. « Je suis le meilleur ténor du monde, je vais tous les soirs chanter au Grand Théâtre; hier soir j'ai chanté Carmen. » « C'est moi qui ait fait tous les bateaux, tous les rapides; j'ai fait un appareil qui transporte les maisons; j'ai 100.000 chevaux, car je suis général en chef et Roi de France. »

Il est impossible de discuter avec lui; lorsque l'on essaie de savoir s'il est sûr de ce qu'il dit, il répond : « Mais oui, j'en suis sûr, vous n'avez qu'à téléphoner à Paris pour demander si ce n'est vrai ».

On peut lui suggérer n'importe quelle idée de grandeur : « N'avez-vous pas construit la Tour Eiffel ? Mais si en 1909. »

Il affirme avec précision, donnant des dates, mais n'expliquant jamais ce sur quoi il base sa croyance.

OBSERVATION VIII

Démence paranoïde (délire schizophrénique de Claude).

(Clinique psychiatrique du Professeur LÉPINE.)

M... Marie, 44 ans (novembre 1929).

La malade est entrée à l'Asile pour des idées délirantes érotomaniaques et de persécution.

Le délire date de quelque temps : elle éprouvait un sentiment assez vif pour l'instituteur du pays, qu'elle trouvait beau garçon; rapidement elle s'imagina, à certains signes (regards, clignements d'yeux, attitude en sa présence) qu'il répondait à son amour; elle fait des projets de vie commune, des pèlerinages, pour que cette union s'accomplisse rapidement. D'autre part, elle remarque que ses voisins la regardent d'un drôle

d'air; elle en conclut qu'ils disent du mal d'elle et trament un complot contre elle; son mari jaloux en ferait partie.

On note déjà une diminution de l'affectivité : elle ne s'inquiète ni de son mari, ni de ses enfants dont l'un pourtant est malade.

Les renseignements du mari permettent de se rendre compte qu'il s'agit bien d'idées délirantes; on apprend de plus que la malade avait des réactions bizarres : elle était très pieuse, allait souvent à la messe, mais elle y lisait le journal.

Depuis son entrée, les différentes notes permettent de se rendre compte de l'indifférence progressive de la malade; elle est couchée, inerte, ne réclame pas sa sortie, ne demande jamais de nouvelles de sa famille. Cependant, si on pousse l'interrogatoire, on constate qu'elle conserve intégralement ses idées délirantes; seulement, elle ne s'en occupe pas; elle est toujours certaine, d'après ses dires, que l'instituteur l'aimait, qu'on lui en voulait; on ne peut lui faire admettre qu'il s'agit d'idées fausses; d'ailleurs rapidement l'interrogatoire cesse, car elle répond à toutes les questions que « ça ne l'intéresse pas ». Elle ne réclame pas sa sortie.

Conclusions

I. — La croyance en la réalité du délire se présente en clinique avec une intensité variable : des manifestations objectives : affirmation, justification du délire, concordance du ton affectif et du comportement avec l'affirmation et l'interprétation de ces manifestations en permettent l'étude.

II. — Quand le malade affirme son délire comme une certitude, on ajoute foi en son affirmation, lorsqu'aucun élément ne s'oppose à ce que l'on considère comme analogue l'état subjectif de certitude du malade à celui d'un être normal. Deux types de croyance réalisent ces conditions : la croyance d'aspect logique et la croyance d'aspect onirique.

III. — Il existe des délires où la croyance est faible, atténuée ou du type intermittent et cela de l'aveu du malade ou après discussion avec lui de son affirmation. Des syndromes ont été nettement individualisés : délire de jeu, délire de rêverie, délire de supposition, états de passage tels que celui de la psychasthénie au délire, onirisme fruste.

IV. — Il existe des délires où la croyance est affirmée comme une certitude, mais qui comprennent des élé-

ments tels que l'on a pu douter de la sincérité du malade ou de l'assimilation possible de l'état subjectif de certitude du malade à celui de l'être normal.

V. — Les éléments qui font discuter l'affirmation du malade sont :

La contradiction entre les idées émises, entre les idées et le comportement, entre les idées et le ton affectif.

L'absence de justification de la croyance.

La mobilité des idées délirantes.

L'intérêt du malade à délirer.

La constitution mythomaniacale.

La possibilité de suggérer des idées délirantes au malade.

VI. — On admet que la sincérité du malade ne saurait être mise en doute lorsque le niveau mental est peu élevé, car le mensonge est une opération compliquée ; quand le niveau mental est faible, l'affirmation d'une chose que l'on sait fausse entraîne la croyance en son authenticité.

Il existe des cas où le malade convaincu d'une idée délirante, ne l'est pas des faits qu'il donne comme preuve.

Il existe des cas embarrassants où il semble qu'il y ait demi-mensonge et sur lesquels on ne peut conclure.

VII. — On peut considérer que les affirmations de ces malades correspondent souvent à des croyances intenses, soit que des caractères cliniques : affaiblisse-

ment intellectuel, inaffectivité, perte de contact avec la réalité, expliquent la présence de ces éléments anormaux ; soit qu'on puisse leur appliquer la théorie de Janet : la croyance asséritive (affirmée suivant la tendance la plus forte, méconnaissant les règles de la pensée rationnelle) correspond à une baisse du niveau mental et est assimilable à celle des enfants ou des primitifs, ou celle de Blondel : l'état d'âme du délirant étant quelque chose de profondément original, ne peut s'exprimer dans les concepts de notre langage qu'au mépris des règles de la pensée rationnelle.

Il y a cependant des cas où l'on ne peut savoir quel degré de croyance existe chez le délirant.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	JEAN LÉPINE.
JEAN LÉPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 11 Juin 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- ARNAUD. — La sincérité des délirants. *Soc. de Psychologie*, 1922.
- Psychasthénie et délire. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, 1907.
- Psychasténie et délire. *Journ. de Psychologie*, 1908.
- BABINSKI. — *Exposé de titres*, Masson, 1912.
- BLONDEL. — *La conscience morbide*, Alcan, 1914.
- BOREL et ROBIN. — *Les rêveurs. Evolution psychiatrique*, t. I.
- CAPGRAS. — Le délire d'interprétation hyposthénique. *Ann. méd. psych.*, 1930.
- CAPRAS et ABÉLY. — Le délire interrogatif. *Ann. méd. psych.*, 1926.
- CAPGRAS, BEAUDOUIN et BRIAU. — L'explication délirante. *Ann. méd. psych.*, 1934.
- CELLIER. — Le délire d'imagination. *Pratique méd. chir.*, t. II, Masson, 1931.
- CHASLIN. — *Eléments de séméiologie et clinique mentales*. Asselin et Houzeau, 1912.
- CLAUDE. — Les psychoses paranoïdes. *Enc.*, 1925.
- Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure. *Enc.*, 1930.
- CLAUDE et BOREL. — Une « curieuse » discordante; évolution d'un état schizoïde. *Ann. méd. psych.*, 1923.
- Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle. *Ann. méd. psych.*, 1923.
- CLAUDE et EY. — Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. *Ann. méd. psych.*, 1932.

- COSTEDOAT. — *La simulation des symptômes pathologiques et des maladies*, Baillière, 1933.
- DERON. — *Le syndrome maniaque*, Doin, 1928.
- DESCHAMPS (A.). — *Ether, Cocaïne, Hachisch, Peyotl et Démence précoce*, Ed. Véga, 1933.
- DROMARD. — Le délire d'interprétation. *Journ. de Psychologie*, 1911.
- DUPRÉ. — *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Payot, 1925.
- DUPRÉ et LOGRE. — Le délire d'imagination. *Enc.*, 1911.
- ESQUIROL. — *Les maladies mentales*, 1838.
- EY. — La croyance de l'halluciné. *Ann. méd. psych.*, 1932.
- FRIEDMANN. — Beiträge zur Lehre von der Paranoia. *Monatsch. f. Psych.*, 1905.
- GAUPP. — Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. *Allg. Zeitch. f. Psych.*, 1910.
- HESNARD. — *Les syndromes névropathiques*, Doin, 1927.
- HEUYER et BOREL. — Délire de rêverie. *Soc. de Psychiatrie*, 1922.
- JANET. — *De l'Angoisse à l'Extase. Etude sur les croyances et les sentiments*, Alcan, 1926.
- *Les Obsessions et la Psychasthénie*, Alcan, 1903.
- JASPERS. — *Psychopathologie générale*. Traduc. franç., Alcan, 1928.
- KRAEPELIN. — *Introduction à la psychiatrie clinique*. Traduc. franç., Vigot, 1907.
- KRETSCHMER. — *Des Sensitive Beziehungswahn*, Berlin, 1927.
- LAIGNEL-LAVASTINE, BARBÉ et DELMAS. — *Pratique psychiatrique*, Baillière, 1919.
- LEGRAIN. — Intoxications endogènes (psychoses toxi-infectieuses, auto-intoxications), in *Psychiatrie du Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix*. Malaine, 1921.
- *Les Folies à éclipses*, Bloud, 1910.

- LÉPINE. — *Paralyse générale*. In *Pathologie du cerveau et du cervelet du Nouveau traité de Médecine de Roger, Vidal, Teissier*. Masson, 1925.
- *Troubles mentaux de guerre*, Masson, 1917.
- LÉVY-BRÜHL. — *Les fonctions mentales dans les sociétés primitives*, Alcan, 1910.
- LOGRE. — La conscience de l'état morbide chez les psychopathes. *Congrès des Aliénistes et des Neurologistes*, 1921.
- MALLET. — Obsessions et délire. *Ann. méd. psych.*, 1928.
- *Psychiatrie de guerre*. In *Psychiatrie du Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix*. Malaine, 1921.
- MASSELOIN. — *La démence précoce*, Joannin, 1904.
- *La mélancolie*, Alcan, 1906.
- MINKOWSKI. — *La schizophrénie*, Payot, 1927.
- PASCAL (Mlle). — *La démence précoce*, Alcan, 1911.
- PIAGET. — *Le langage et la pensée chez l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1923.
- PITRES et RÉGIS. — *Les obsessions et les impulsions*, Doin, 1902.
- QUERCY. — *L'hallucination*, Alcan, 1930.
- RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, Doin, 1923.
- La phase de réveil du délire onirique. *Enc.*, 1911.
- SÉGLAS. — *Séméiologie des maladies mentales*. In *Traité de Pathologie mentale de G. Ballet*, Doin, 1903.
- SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*, Alcan, 1909.
- TANZI. — *Trattato delle malattie mentali*. Milan, 1905.
- TOULOUSE et SCHIFF. — *Syndrome et activité mentale de jeu*. *Soc. clin. de méd. mentale*, 1925.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les croyances à type de certitude..</i>	13
La certitude d'aspect logique.....	14
La certitude d'aspect onirique.....	17
CHAPITRE II. — <i>Les croyances faibles.....</i>	21
Le délire de supposition.....	22
Le délire de jeu.....	24
Le délire de rêverie.....	26
De la psychasthénie au délire.....	27
L'onirisme fruste	30
CHAPITRE III. — <i>Les croyances discutables</i>	33
I. — Etude clinique :	
Les délires d'imagination.....	34
Les délires hébéphréniques et schizophréniques.	36
Les délires des déments.....	38
II. — Discussion :	
Les éléments de discussion de la croyance....	41
La sincérité chez les délirants.....	46
Les solutions proposées.....	49
CHAPITRE IV. — <i>Observations</i>	55
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	69



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



